



MANUAL DE ACCESO

A LAS PRESTACIONES BÁSICAS
SEGÚN NOMENCLADOR RES.428/99

Y

CARTILLA DE PRESTADORES

Categorizados por ANDIS y
SSSalud.

PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



INDICE DEL MANUAL

1

1. Lineamientos generales.....	pág. 3
2. Normas de autorización de la Obra Social para las prestaciones básicas según Nomenclador Res.428/99.....	pág.5
3. Equipo Interdisciplinario Incluir.....	pág. 7
4. Documentación a presentar para el año 2023.....	pág. 8
4.1 Documentación personal del afiliado.....	pág. 8
5. Documentación a presentar Instituciones, Profesionales y Prestadores.....	pág. 9
5.1 Terapias de rehabilitación reconocidas por la Obra Social.....	pág. 9
6. Prestaciones educativas reconocidas por la Obra Social.....	pág. 13
7. Prestaciones asistenciales reconocidas por la Obra Social.....	pág. 20
8. Transporte.....	pág. 22
9. Formularios	
9.1 Datos personales del afiliado (Formulario N°01).....	pág. 23
9.2 Conformidad de prestación (Formulario N°02).....	pág. 24
9.3 Conformidad de Transporte (Formulario N° 03).....	pág. 25
9.4 Nota de cambio de prestador / Baja de prestación (Formulario N°04).....	pág.26
9.5 Acta de acuerdo (Formulario N°05).....	pág. 27
9.6 Presupuesto profesionales independientes/Instituciones (Formulario N°06).....	pág. 28
9.7 DDJJ de no posesión de vehículo franquiciado (Formulario N°07).....	pág. 29
9.8 Presupuesto De transporte (Formulario N°08).....	pág. 30
9.9 Alta de proveedores (Formulario N°09).....	pág. 31



10 Check list de autogestión.....pág.32

11 Facturación Prestacional

11.1 Guía de Facturación para Prestadores autorizados por la Obra

Social.....pág. 33

10 Contenidos de Facturaciónpág. 35

11 Información sobre Facturación.....pág. 37

 a. Ejemplo de Factura.....pág. 38

 b. Planilla de asistencias Profesionales.....pág. 39

 c. Planilla de asistencia Instituciones.....pág. 40

 d. Planilla asistencia Transportepág. 41

12 Manual de usuario Plataforma de Prestadores de Discapacidad.....pág. 42



Lineamientos Generales del Manual

3

Lo detallado en los siguientes puntos es de cumplimiento obligatorio para acceder a las prestaciones anuales.

¿Que contiene el instructivo del Manual?

El presente instructivo contiene los requisitos necesarios para acceder a la cobertura de las prestaciones básicas para las personas con discapacidad, de acuerdo a lo establecido en el nomenclador vigente Resol.428/99 que comprende a los beneficiarios mayores de 1 (un) año de edad y hasta los 60 (sesenta) años inclusive.

¿A dónde debe enviar la documentación virtual requerida para acceder a las prestaciones?

Lo solicitado en este instructivo debe ser enviado a la Obra Social **OSDEPYM** u **OSTVLA** por e-mail, al área de **Discapacidad** Casa Central, a la siguiente casilla de mail:

Zona CABA y AMBA: discapacidad@osdepym.com.ar ,

Interior del país: interiordiscapacidad@osdepym.com.ar

¿Qué deberá detallar el ASUNTO del mail con la documentación virtual requerida para acceder a las prestaciones?

Detallar en el asunto: **Nombre y Apellido con el DNI del afiliado con CUD por el cual gestiona el envío de la documentación.**

Le sugerimos en caso de que sea más de una prestación, enviar un mail por cada prestación aclarando que prestación envía.

Ej.: Juan Gómez DNI 33.333.333 – FONAUDIOLOGIA

¿En qué formato se aceptará la documentación virtual de la documentación requerida para acceder a las prestaciones?

Solo se aceptarán archivos en **formato PDF o imagen** sin posibilidad de editar/modificar.

Cabe aclarar que **NO se permite el envío de link de Drive, One Drive o I Cloud por seguridad informática.**



¿Qué gestión realizaremos desde la Obra Social con la documentación que Ud. nos envía?

Cada solicitud se analizará y se autorizará desde OSDEPYM u OSTVLA, desde el Sector de Discapacidad en Casa Central, una vez que se haya presentado toda la documentación en forma completa, y a posterior de la evaluación del equipo Interdisciplinario de Discapacidad de la Obra social.

4

Si fuera necesario, el área de discapacidad podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con los requerimientos médicos o establecidos por la normativa vigente, siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.

En ningún caso la recepción de la documentación implica la renovación de la autorización por la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría del área de Discapacidad y tiene **un tiempo de gestión mínimo de 30 días desde recibida la documentación vía email.** Una vez finalizada la gestión, se informarán los faltantes o la propia autorización por sistema automático por medio de un email.

Recuerde que para una gestión correcta de la autorización debe enviar la documentación requerida completa.

¿Por qué la entrevista anual con nuestro equipo interdisciplinario es importante?

La **entrevista anual es de carácter obligatorio** para acceder a las prestaciones requeridas, la misma puede realizarse personalmente en los consultorios del Equipo y de forma virtual en caso de residir en el interior del país.

***Ver capítulo Equipo Interdisciplinario**



Normas de autorización de la Obra Social para las PRESTACIONES BASICAS SEGÚN NOMENCLADOR RES.428/99

- Las prestaciones se autorizan por períodos de fecha posterior a la presentación de la documentación.
- Solo se autorizarán prestaciones que estén validadas por el Equipo Interdisciplinario INCLUIR.
- No se autorizarán períodos retroactivos ni se gestionarán reintegros por prestaciones ya brindadas, sin previa autorización de la Obra Social.
- Los aranceles autorizados serán aquellos estipulados por el Ministerio de Salud de la Nación, según Resolución vigente, para las prestaciones reconocidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad Res. 428/99.
- No se autorizarán presupuestos por capacitación, supervisión y/o coordinación de profesionales y/o equipos.
- No se autorizarán tratamientos en Instituciones y/o Profesionales que **poseen vencida la categorización y/o NO estén inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores (RNP)** dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o en el Servicio Nacional de Rehabilitación (ANDIS).
- No se autorizarán prestaciones con fecha anterior a la de emisión del certificado de discapacidad.
- No se autorizarán prestaciones con CUD vencidos y/o sin gestión de renovación. Solo se validarán las prórrogas según Res. vigente de ANDIS.
- Se deberá informar en forma fehaciente cualquier variación, inclusión, exclusión, modificación, etc. que se produzca en el tratamiento por medio de una nota firmada por el titular en original. En caso de modificar prestaciones se deberá solicitar una entrevista con el Equipo Interdisciplinario para ser evaluado por el mismo y notificada la OS.
- Para la aprobación del cambio de prestador, deberá presentarse la documentación nueva del prestador según se indica en el presente manual para la prestación requerida.
Formulario N° 04
- No se liquidarán facturas cuya prestación **NO haya sido AUTORIZADA previamente**, por lo cual, queda bajo la **responsabilidad** de los beneficiarios, profesionales y/o



instituciones el otorgar la prestación sin haber sido notificados de la aprobación de la misma.

- **Las facturas** deben cargarse en la web de la Obra Social **dentro de los 10 días posteriores al fin de mes** en que se brindó la prestación. No se liquidarán facturas presentadas fuera de término, ni aquellas que no hayan sido cargadas según se indica en instructivo de facturación. * **Ver capítulo Instructivo de Facturación**
- **En el Régimen del Monotributo**, el estricto cumplimiento de los pagos mensuales es condición obligatoria para recibir la cobertura correspondiente. Ante la ausencia de los mismos, se procede a la inmediata suspensión de las prestaciones autorizadas.
- No se dará curso a todo tratamiento que no tenga evidencia científica por la OMS y/o que no figure en el Nomenclador Básico para Personas con Discapacidad.

6

Cada seis meses todos los Profesionales y/o Instituciones intervinientes deberán confeccionar y enviar un informe semestral de Evaluación/Evolución del paciente. Al finalizar el período autorizado todos los Profesionales y/o Instituciones intervinientes deberán confeccionar un informe final con la evolución y estado actual del beneficiario.

Toda alteración o falta de autenticidad de la documentación solicitada, será derivada al Departamento de Asuntos Legales de la Obra Social para su intervención.



EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Contamos con el Equipo Interdisciplinario INCLUIR*, un centro formado por profesionales de distintas especialidades que conforman el equipo de trabajo interdisciplinario del área de Discapacidad.

7

Su función es evaluar, prescribir el tratamiento adecuado y acompañar la demanda prestacional en función de la inclusión de la persona con discapacidad, otorgando a la familia la contención necesaria.

La entrevista anual es de carácter obligatorio para acceder a las prestaciones requeridas, la misma puede realizarse personalmente en los consultorios del Equipo y de forma virtual en caso de residir en el interior del país

Una vez finalizada la entrevista mencionada, el equipo interdisciplinario remitirá el esquema terapéutico anual directamente a la obra social, en formato de resumen de historia clínica, órdenes médicas, escala de dependencia FIM -en caso de necesitar- e informe del beneficiario.

Debe solicitar la entrevista anual comunicándose por medio de los siguientes canales, donde se le asignará una entrevista indicando día y horario:

Tel: (011) 4583-1273 / (011) 1537659159

E-mail: incluir@redincluir.com

Equipo presencial de INCLUIR en CABA, Rosario y Córdoba

Con el equipo Interdisciplinario cumplimos como Obra Social con el Art.11 de la Ley 24.901.



DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

*Según **Resolución 360/22** de la Superintendencia de Servicios de Salud: “La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales”.

8

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser enviado a la Obra Social **OSDEPYM** u **OSTVLA** por e-mail, al área de **Discapacidad** Casa Central a la siguiente casilla de mail:
Zona CABA y AMBA: discapacidad@osdepym.com.ar ,
Interior del país: interiordiscapacidad@osdepym.com.ar

1- Documentación personal del afiliado

- 1.1 Formulario de datos personales del afiliado *Formulario N° 01
- 1.2 Copia de DNI, ambos lados del titular.
- 1.3 Copia de DNI del beneficiario que recibe la prestación.
- 1.4 Constancia de Cuil de Anses de ambos. <https://www.anses.gob.ar/consulta/constancia-de-cuil>
- 1.5 Copia VIGENTE del CUD y en caso de estar vencida la prórroga, enviar el renovado según Ley N° 22.431.
- 1.6 Copia de Último recibo de sueldo del titular en caso de aportar por relación de dependencia.
- 1.7 Copia de los últimos 6 comprobantes de pagos del Monotributo, previos a iniciar el tratamiento.



2- Documentación a presentar de Instituciones, Profesionales y Prestadores.

TERAPIAS DE REHABILITACIÓN reconocidas por la Obra Social:

- a- Fonoaudiología
- b- Psicología
- c- Psicopedagogía
- d- Terapia Ocupacional
- e- Musicoterapia
- f- Psicomotricidad
- g- Kinesiología

9

Prestaciones de apoyo / terapias individuales

Se denomina prestación de apoyo a aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad.

Esta prestación se recomienda realizarla en los centros de rehabilitación que trabajan interdisciplinariamente categorizados para estos fines en la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD (ANDIS).

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: **(la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento):**

- Constancia de alumno regular 2023 (en caso de asistir a una institución educativa)
- Conformidad 2023 completa y firmada por la familia **Formulario N° 02**
- Presupuesto 2023 firmado y sellado por el/la profesional, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento **Formulario N° 06**
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el 2023 firmado y sellado por el/la profesional, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe evolutivo 2022 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el/la profesional, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe semestral de la prestación, firmado y sellado por el/la profesional
- RNP vigente de/la profesional
- Matrícula profesional
- Título doble faz del profesional
- DNI ambos lados del profesional
- Constancia de AFIP del profesional



- Constancia bancaria de CBU del profesional
- Alta de proveedores firmado y sellado por él/la profesional **Formulario N° 09**

En el caso de realizar un cambio de profesional, deberá presentar la documentación detallada con anterioridad y agregar el Formulario N° 04 (Nota de cambio de prestador / baja de prestador).

10

Módulo Rehabilitación Integral Simple o Intensivo - Sólo Centros Categorizados Rehabilitación Nivel 1 - por la ANDIS

Módulo Integral Simple: Comprende la atención de más de dos especialidades, combinado entre 2 a 4 sesiones por semana brindadas.

Módulo Integral Intensivo: Comprende la atención de más de dos especialidades, combinado más 5 sesiones por semana brindadas.

Se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales.

ATENCIÓN: La institución debe brindar el módulo integral y no se aceptan prestaciones de apoyo por fuera.

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación (**la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento**):

- Constancia de alumno regular 2023 (en caso de asistir a institución educativa)
- Conformidad 2023 completa y firmada por la familia **Formulario N° 02**
- Presupuesto 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento **Formulario N° 06**
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe evolutivo 2022 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador
- Habilitación del centro vigente
- Póliza de seguro del centro



- Constancia de Afip del prestador
- Constancia bancaria de CBU del prestador
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador **Formulario N° 09**

ATENCIÓN: La institución debe brindar el módulo integral y no se aceptan prestaciones de apoyo por fuera.

11

*En el caso de realizar un cambio de profesional, deberá presentar la documentación detallada con anterioridad y agregar el **Formulario N° 04** (Nota de cambio de prestador / baja de prestador).*

Módulo de Estimulación Temprana - Sólo Centros Categorizados Estimulación Temprana- por la ANDIS

Es la prestación de entrada al sistema donde el niño es estimulado de manera integral según sus propias necesidades. Es un proceso terapéutico - educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad. Destinado a bebés y niños pequeños de 1 a 4 años de edad cronológica y, eventualmente, hasta los 6 años.

Serán válidas únicamente aquellas instituciones que presenten inscripción vigente en la Superintendencia de Servicios de Salud para tal fin.

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación (**la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento**):

- Conformidad 2023 completa y firmada por la familia **Formulario N° 02**
- Presupuesto 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento **Formulario N° 06**
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe evolutivo 2022 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador
- Habilitación del centro vigente
- Póliza de seguro del centro



- Constancia de Afip del prestador
- Constancia bancaria de CBU del prestador
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador **Formulario N° 09**

ATENCIÓN: La institución debe brindar el módulo y no se aceptan prestaciones de apoyo por fuera.

12

En el caso de realizar cambio de profesional, deberá presentar la documentación detallada con anterioridad y agregar el Formulario N° 04 (Nota de cambio de prestador / baja de prestador).



PRESTACIONES EDUCATIVAS reconocidas por la Obra Social

Apoyo a la integración escolar y equipo (sólo para centros categorizados por la ANDIS)

13

Los servicios educativos de apoyo a las instituciones de educación común tienen por objeto ofrecer los apoyos específicos para la evaluación y la atención de alumnos con necesidades educativas especiales, transitorias o permanentes, dentro del ámbito de la educación común. Son los articuladores del proyecto educativo de estos alumnos y su desarrollo.

El equipo de apoyo técnico especializado deberá articular y coordinar su accionar, con el equipo docente, profesional de la escuela común donde el niño concurra y contar con los recursos materiales específicos necesarios.

El servicio deberá brindarse por módulo hasta 20 horas semanales. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional.

Serán válidas únicamente aquellas instituciones que presenten inscripción vigente en ANDIS para tal fin Modulo Integración Escolar - Equipo.

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación (**la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento**):

- Constancia de Alumno Regular – ciclo lectivo fecha marzo/23
- Acta de acuerdo firmada por la escuela, el prestador y la familia **Formulario N° 05**
- Conformidad 2023 completa y firmada por la familia **Formulario N° 02**
- Presupuesto 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento **Formulario N° 06**
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe evolutivo 2022 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador
- Habilitación del centro vigente
- Póliza de seguro del centro



- Constancia de Afip del prestador
- Constancia bancaria de CBU del prestador
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador **Formulario N° 09**

ATENCIÓN: La institución debe brindar el Módulo y no se aceptan prestaciones de apoyo por fuera.

14

En el caso de realizar cambio de profesional / Institución, deberá presentar la documentación detallada con anterioridad y agregar el Formulario N° 04 (Nota de cambio de prestador / baja de prestador).

Módulo Maestro de apoyo o Maestra de apoyo por hora

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común, EXCLUSIVAMENTE por PSICOPEDAGOGOS y/o DOCENTES ESPECIALES.

Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente).

El módulo de Maestro/a de Apoyo implica una carga horaria de 20hs. Semanales. El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria al mismo afiliado.

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación (**la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento**):

- Constancia de Alumno Regular – ciclo lectivo fecha marzo/23
- Acta de acuerdo firmada por la escuela, el prestador y la familia **Formulario N° 05**
- Conformidad 2023 completa y firmada por la familia **Formulario N° 02**
- Presupuesto 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento **Formulario N° 06**
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe evolutivo 2022 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador



- RNP vigente del profesional
- Matrícula profesional
- Título doble faz del profesional
- DNI ambos lados del profesional
- Póliza de Seguro del centro
- Constancia de Afip del prestador
- Constancia bancaria de CBU del prestador
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador **Formulario N° 09**

15

En el caso de realizar cambio de profesional, deberá presentar la documentación detallada con anterioridad y agregar el Formulario N° 04 (Nota de cambio de prestador / baja de prestador).

Centro Educativo Terapéutico (sólo para centros categorizados por la ANDIS)

Se entiende por Centro Educativo Terapéutico a aquel que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico.

Estas metodologías pueden incorporar, reformulados pedagógicamente, recursos extraídos del campo terapéutico; por lo que el equipo profesional que las investigue, produzca y aplique, tendrá una composición y conformación que permita ese abordaje.

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación **(la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento):**

- Conformidad 2023 completa y firmada por la familia **Formulario N° 02**
- Presupuesto 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento **Formulario N° 06**
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe evolutivo 2022 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador
- Habilitación del centro vigente



- Póliza de seguro del centro
- Constancia de Afip del prestador
- Constancia bancaria de CBU del prestador
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador **Formulario N° 09**

ATENCIÓN: La institución debe brindar el Módulo y no se aceptan prestaciones de apoyo por fuera.

En el caso de realizar cambio de profesional / Institución. deberá presentar la documentación detallada con anterioridad y agregar el Formulario N° 04 (Nota de cambio de prestador / baja de prestador).

Educación Especial Nivel Inicial – Nivel EGB (sólo centros categorizados por la ANDIS)

NIVEL INICIAL

Proceso educativo especial correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente, de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello. Escuelas categorizadas para brindar esta prestación.

NIVEL EGB

Proceso educativo especial programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación (**la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento**):

- Constancia de Alumno Regular
- Conformidad 2023 completa y firmada por la familia **Formulario N° 02**
- Presupuesto 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento **Formulario N° 06**
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe evolutivo 2022 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador



- Habilitación del centro vigente
- Póliza de seguro del centro
- Constancia de AFIP del prestador
- Constancia bancaria de CBU del prestador
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador **Formulario N° 09**

17

ATENCIÓN: La institución debe brindar el Módulo y no se aceptan prestaciones de apoyo por fuera.

En el caso de realizar cambio de profesional / Institución, deberá presentar la documentación detallada con anterioridad y agregar el Formulario N° 04 (Nota de cambio de prestador / baja de prestador).

Formación Laboral o Aprestamiento Laboral (sólo para centros categorizados por la ANDIS)

Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo

Está dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 3 años de duración.

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: **(la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento):**

- Constancia de Alumno Regular
- Conformidad 2023 completa y firmada por la familia **Formulario N° 02**
- Presupuesto 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento **Formulario N° 06**
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe evolutivo 2022 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador



- Habilitación del centro vigente
- Póliza de Seguro del centro
- Constancia de AFIP del prestador
- Constancia bancaria de CBU del prestador
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador **Formulario N° 09**

ATENCIÓN: La institución debe brindar el Modulo y no se aceptan prestaciones de apoyo por fuera.

En el caso de realizar cambio de profesional / Institución deberá presentar la documentación detallada con anterioridad y agregar el Formulario N° 04 (Nota de cambio de prestador / baja de prestador

Centro de Día (Sólo en centros categorizados por la ANDIS)

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de auto valimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación **(la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento):**

- Conformidad 2023 completa y firmada por la familia **Formulario N° 02**
- Presupuesto 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento **Formulario N° 06**
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe evolutivo 2022 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador
- Habilitación del centro vigente
- Póliza de seguro del centro
- Constancia de AFIP del prestador
- Constancia bancaria de CBU del prestador
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador **Formulario N° 09**



ATENCIÓN: La institución debe brindar el Módulo y no se aceptan prestaciones de apoyo por fuera.

En el caso de realizar cambio de profesional / Institución deberá presentar la documentación detallada con anterioridad y agregar el Formulario N° 04 (Nota de cambio de prestador / baja de prestador).



PRESTACIONES ASISTENCIALES reconocidas por la Obra Social

Hogar Permanente / Hogar con CET / Hogar con centro de día, etc. (sólo en centros categorizados por la ANDIS)

20

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

Está dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de auto valimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

OBSERVACIÓN: Se deberá adjuntar un Informe Social elaborado por Lic. En Trabajo Social que no pertenezca a la Institución. El mismo deberá justificar la imposibilidad de continencia familiar. Este informe lo realizará nuestro equipo interdisciplinario INCLUIR

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación (**la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento**):

- Conformidad 2023 completa y firmada por la familia **Formulario N° 02**
- Presupuesto 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento **Formulario N° 06**
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2023 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe evolutivo 2022 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador
- Habilitación del centro vigente
- Póliza de seguro del centro
- Constancia de AFIP del prestador
- Constancia bancaria de CBU del prestador
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador **Formulario N° 09**

ATENCIÓN: La institución debe brindar el Módulo y no se aceptan prestaciones de apoyo por fuera.



En el caso de realizar cambio de profesional / Institución, deberá presentar la documentación detallada con anterioridad y agregar el Formulario N° 04 (Nota de cambio de prestador / baja de prestador).



Transporte (sólo en prestadores habilitados)

Comprende el traslado de las personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de su atención y viceversa. La Solicitud de Transporte debe ser fundamentada adecuadamente por nuestro Equipo Interdisciplinario Incluir, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público.

22

Ley 24.901 ARTICULO 13. — Los beneficiarios de la presente ley que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar del traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación establecido por el artículo 22 inciso a) de la ley 24.314, tendrán derecho a requerir de su cobertura social un transporte especial, con el auxilio de terceros cuando fuere necesario.

Se debe presentar para la autorización de esta prestación (**la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento**):

- Constancia de alumno regular 2023 (En caso de asistir a institución educativa)
- Conformidad 2023 completa y firmada por la familia **Formulario N° 03**
- Presupuesto 2023 Transporte firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento **Formulario N° 08**
- Declaración Jurada de NO **POSESIÓN DE VEHÍCULO FRANQUICIADO** **Formulario N° 07**
- Licencia de conducir del chofer vigente
- DNI ambos lados del chofer
- VTV vehicular vigente
- Habilitación vigente
- Seguro vehicular vigente
- Constancia de Afip del prestador
- Constancia bancaria de CBU del prestador
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador **Formulario N° 09**

ATENCIÓN: La institución debe brindar el Módulo y no se aceptan prestaciones de apoyo por fuera.

En el caso de realizar cambio de profesional / Institución, deberá presentar la documentación detallada con anterioridad y agregar el Formulario N° 04 (Nota de cambio de prestador / baja de prestador).



Formulario Nº 01

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO QUE RECIBE PRESTACIONES:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR:

TELÉFONO PARTICULAR: **CEL:**

TELÉFONO ALTERNATIVO (INDICAR A QUIÉN PERTENECE):

MAIL:

DOMICILIO: **LOCALIDAD:**

GRUPO FAMILIAR (INDICAR NOMBRE, APELLIDO Y VÍNCULO):

.....
.....
.....
.....
.....

OTROS:

.....
.....
.....
.....



Formulario Nº 02

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AÑO 2023 - DISCAPACIDAD

Anexo según Res. 360/22 SSS/MS

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado o DNI:

Yo.....con Documento Tipo (.....) Nº

....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

- 1. Prestación _____
 Prestador: _____
 Período de prestación: Desde _____ hasta _____ 2023.
- 2. Prestación _____
 Prestador: _____
 Período de prestación: Desde _____ hasta _____ 2023.
- 3. Prestación _____
 Prestador: _____
 Período de prestación: Desde _____ hasta _____ 2023.
- 4. Prestación _____
 Prestador: _____
 Período de prestación: Desde _____ hasta _____ 2023.

Firma: Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR: Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de..... Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: Aclaración: Documento:

Lugar y fecha:



Formulario N° 03

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSPORTE AÑO 2023 - DISCAPACIDAD

Anexo según Res. 360/22 SSS/MS

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado o DNI:

Yo.....con Documento Tipo (.....)

Nº, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período desde..... Hasta..... 2023.

Firma: Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR: Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de..... Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: Aclaración: Documento:

Lugar y fecha:



Formulario Nº 04

MODELO DE NOTA DE CAMBIO DE PRESTADOR / BAJA DE PRESTADOR

Fecha:/...../.....

Sres. (Obra social).....,

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para solicitar un cambio de prestador para el beneficiario..... con DNI.....

Nuevo prestador:

Prestación:

Mes de Inicio:2023.

Se deja constancia de la baja del prestador quien prestó el servicio hasta el mes de 2023.

Observaciones:
.....
.....
.....

Firma del Afiliado/Representante*:

**En caso de ser el representante, detallar parentesco*

Aclaración:

DNI:



Formulario Nº 05

ACTA DE INTEGRACIÓN ESCOLAR

A los..... días del mes de..... de....., en la localidad de..... Buenos Aires, se reúnen.....

Para acordar los siguientes aspectos del niño/a
DNI socio de la obra social
Nº de afiliado

El horario de Acompañante (Figura válida para la Institución educativa) o Maestra de Apoyo a la Integración Escolar (Figura válida para la Obra Social según Nomenclador Nacional para las personas con Discapacidad); dentro del recinto escolar será en los días en la franja horaria a

El rol consistirá en asistir al niño/a dentro de la dinámica áulica y dichas intervenciones serán a nivel asistencial y en el campo pedagógico siempre que la actividad lo requiera.

Se trabajará mancomunadamente con la docente de grado y la psicopedagoga en el caso que corresponda.

Se buscará la mayor autonomía por parte del niño/a integrado, que pueda respetar los tiempos de actividad dentro del aula.

Promover mayores niveles atencionales.

La totalidad de los honorarios del Módulo de equipo Integrador y/o profesional destinado al caso es solventada directamente por la O. Social con los valores establecidos y en cumplimiento de la Resol. Vigente Nº..... según el nomenclador básico para las personas con Discapacidad del niño/a acompañar.

En prueba de dicho acuerdo, los interesados firman al pie dos ejemplares.

A los..... días del mes de..... del año.....

.....
Firma Padre /Tutor Firma Integrador Firma Resp. Escuela



Formulario N° 06

PRESUPUESTO INSTITUCIONES Y/O PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Fecha:..... /...../.....

Señores (Obra Social).....

Me dirijo a Uds. a fin de presentar el Presupuesto correspondiente al año 2023.

Afiliado.....DNI:.....

Modalidad (virtual/presencial):

Período solicitado: 2023 hasta..... 2023.

Cantidad de sesiones semanales..... Cantidad de sesiones mensuales.....

Valor de la sesión según Resol. Vigente..... Monto mensual.....

Especificar con una X en caso de corresponder:

Jornada Simple Jornada Doble Incluye dependencia

Aclaraciones:

Especialidad /Prestación:

Prestador:.....Categoría:.....

Teléfono:..... N° de CUIT:.....

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA						
DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIO	De_____	De_____	De_____	De_____	De_____	De_____
	A_____	A_____	A_____	A_____	A_____	A_____

E-Mail:.....Domicilio.....

Firma y sello del Prestador

Aclaración / DNI / N° de Matrícula



Formulario Nº 07

DECLARACIÓN JURADA DE NO POSESIÓN DE VEHÍCULO FRANQUICIADO

FECHA:/..... /.....

Señores Obra Social:.....

De nuestra mayor consideración:

Por la presente, y a requerimiento del Sistema Único de Reintegro, doy conformidad que **NO poseo vehículo** adquirido por franquicia otorgada por el Servicio Nacional de Rehabilitación para mi hijo/a con DISCAPACIDAD.

Sin más, saludo a Uds. atte.

Firma del Padre, Madre o Tutor:

Aclaración:

DNI:



Formulario N° 08

MODELO PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha: / / Señores (Obra Social)

Me dirijo a Uds. a fin de presentar el Presupuesto correspondiente al año 2023.

Afiliado..... DNI:

Período solicitado: 2023 hasta.....2023.

Cantidad de Kilómetros semanales..... Cantidad de kilómetros mensuales.....

Valor del Kilómetro (\$)..... Monto mensual (\$).....

Compañía de Seguro:..... Póliza N°:.....

Fecha de vencimiento del Seguro:..... Fecha de vencimiento de VTV:.....

Especificar con una X en caso de corresponder: Incluye dependencia

Recorridos	Detallar prestación al que se traslada	Km por día	Km por mes
RECORRIDO 1	Prestación de destino:		
Especificar día de la semana			
Domicilio de Origen			
Domicilio de Destino			
RECORRIDO 2	Prestación de destino:		
Especificar día de la semana			
Domicilio de Origen			
Domicilio de Destino			
RECORRIDO 3	Prestación de destino:		
Especificar día de la semana			
Domicilio de Origen			
Domicilio de Destino			
Cantidad total de kilómetros			

Observaciones:

Prestador:

CUIT: Teléfono:

Mail:..... Domicilio:.....

Firma y sello del Prestador

Aclaración / DNI



Formulario N° 09

ALTA DE PROVEEDORES

DATOS INSTITUCIONALES

Razón social:

Domicilio

Calle.....N° Piso..... Dpto.....

Localidad.....

CP:..... Provincia:

Teléfono:.....

Dirección de correo electrónico:.....

N° de inscripción en la SSSalud:.....

DATOS IMPOSITIVOS

CUIT:.....

Razón social:.....

Condición respecto del IVA: Exento Inscripto Monotributo

Condición respecto de Ganancias: Exento No exento

Condición respecto a Ingresos Brutos: Local Convenio multilateral Régimen simplificado
Exento

N° de Inscripción en Ingresos Brutos:

(*) En caso de poseer exenciones adjuntar documentación respaldatoria.

Médico: No Si Matric. N° Matriculado en: Bs As Otra

Tipo de Prestación: Turismo Centro médico Otro Discapacidad

Especificar.....

DATOS PARA LA REALIZACIÓN DE PAGOS / TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA*

Denominación de la cuenta:.....

CUIT del titular de la cuenta:.....

Cheque a nombre de:.....

Banco con el que opera:.....

N° de Sucursal del Banco:.....

Tipo de cuenta: Cuenta Corriente Caja de Ahorro

N° de Cuenta:.....

CBU de la Cuenta:.....

E-mail institucional para avisos de pagos:.....

***Adjuntar constancia de CBU**

.....

Firma

.....

Aclaración

***Favor de completar todos los datos. Ante cualquier consulta, altaproveedores@osdepym.com.ar**

CHECK LIST DE AUTOGESTIÓN

Marcar con una X la documentación a entregar

Documentación Personal	Nro Anexo	
Formulario datos personales	01	
DNI titular ambos lados		
DNI beneficiario ambos lados		
Constancia de CUIL titular		
Constancia de CUIL beneficiario		
CUD Vigente		
Último recibo de sueldo o 6 pagos monotributo		
Fecha de entrevista con INCLUIR		



32

Detalle Documentación	Nro Anexo	Prestaciones de rehabilitación		Integración Escolar		Prestaciones Educativas				Prestaciones Asistenciales	Transporte
		Profesionales individuales	Instituciones	Maestra	Equipo	CET	Escuela Especial	Formación laboral	Centro de día	Hogar	
Presupuesto prestacional	06										
Presupuesto transporte	08										
Plan de Trabajo Individual											
Consentimiento prestacional	02										
Consentimiento transporte	03										
Informe 2022 o inicio prestación											
Alta de proveedor	09										
Constancia bancaria del CBU											
Constancia de AFIP											
Inscripción Registro Nacional de Prestadores											
Matrícula Profesional											
Fotocopia del Título doble faz											
Fotocopia del DNI											
Categorización Servicio Nacional de Rehabilitación											
Inscripción en la SSSalud											
Constancia de alumno regular											
Acta de Acuerdo	05										
Póliza de Seguro											
VTV											
Licencia de conducir											
Habilitación servicio de transporte											
Habilitación Municipal											
DDJJ no posesión de vehículo	07										

*Los recuadros de color negro no deben ser completados, ya que no son requisitos para la prestación solicitada.



Guía de Facturación para los prestadores autorizados por el Sector de Discapacidad.

33

Estimado prestador:



Le informamos que el único medio de pago habilitado para prestaciones de discapacidad es mediante transferencia bancaria.

Los tiempos estipulados de pago son definidos por la SSSALUD mediante MECANISMO INTEGRACIÓN, según resolución Ministerial De la Superintendencia de Servicios de Salud N°406/16 decreto 904/16., los mismos estiman un plazo de 60 días desde la fecha de facturación.

34

Los prestadores, sin excepción, deberán presentar anualmente, junto con la documentación de solicitud prestacional, el formulario de ALTA DE PROVEEDORES (Formulario N° 10) completo. La no presentación no habilitará el pago de las prestaciones.

Link:

https://docs.google.com/document/d/1HmSvhy5Me-4hCMDFOoM-_L_dTjR5lly9/edit?usp=sharing&oid=108088007143488389518&rtpof=true&sd=true

En cumplimiento de la Res.1415 AFIP y normativa de la Superintendencia de Servicios de Salud, las facturas de aquellos prestadores que no estén debidamente registrados en AFIP, quedarán retenidas y no se emitirán pagos hasta su regularización.

Para realizar consultas sobre facturación y/o inconvenientes de carga: Indicar en el asunto CUIT DEL PRESTADOR y DNI del afiliado: prestadoresdiscapacidad@osdepym.com.ar

Para solicitar información sobre PAGOS: Citar CUIT y N° de facturas

FACTURAS OSDEPYM pagos@osdepym.com.ar

FACTURAS OSTVLA ostvla-pagos@osdepym.com.ar

FACTURAS OSDE: Con respecto al pago de las facturas se debe consultar directamente con OSDE, gestionando usuario y contraseña a través del LINK que se detalla. <https://docs.google.com/presentation/d/1v18tRKEepjZykwrYB7eMu2-d8NiSx9jp/edit#slide=id.p7>

Para obtener usuario y contraseña se debe enviar un mail a: ctasapagar-integracion@osde.com.ar

Asunto del mail **OSDEPYM - CUIT DEL PRESTADOR/A XX-XXXXXXXX-X (+ la referencia del caso. ej. "Blanqueo de clave")**

Ante cualquier duda comunicarse al 0810-666-6733 (OSDE)



CONTENIDOS DE FACTURACIÓN

Las facturas deben confeccionarse a nombre de la Obra Social a la cual pertenezca el afiliado. Consultar en qué Obra Social se encuentra según Padrón de la SSS mediante el siguiente Link:

https://www.sssalud.gob.ar/index.php?b_publica=Acceso+P%C3%BAblico&user=GRAL&page=bus650

35

Deben especificar de forma clara y precisa:

- Obra social con su número de CUIT;
- Nombre, apellido y DNI de quien recibe la prestación;
- Tipo de prestación, sesiones mensuales brindadas, período facturado.

En caso de que la prestación brindada sea de transporte, la factura, además de los datos mencionados anteriormente, debe indicar:

- Domicilio de origen y destino;
- Motivo del viaje;
- Cantidad de km diarios recorridos (Ida y Vuelta);
- Cantidad de km y viajes mensuales;
- Valor unitario del km;
- Valor mensual por los km recorridos.

Es de condición obligatoria

- **la presentación de la planilla de asistencia adjunta a cada factura**
- **el recibo luego de recibir el pago de cada factura.**



DATOS DE LAS OBRAS SOCIALES

36

IMPORTANTE: DATOS PARA LA FACTURACIÓN

“Las prestaciones de Discapacidad no incluyen IVA”

OSDEPYM: CUIT: 30-58666171-6, Condición IVA Responsable Inscripto.

Domicilio: Reconquista 458 2° Piso, CABA.

Todas Las facturas deben ser Facturas **A, C, M** o Recibo **A, C, M**.

F. CRÉDITO ELECTRÓNICA A, C. sin excepción

OSTVLA: CUIT: 30-62495794-2, Condición IVA Exento.

Domicilio: Víctor Hugo 369, CABA.

Todas Las facturas deben ser Facturas **B**, o Recibo **B**.

F. CRÉDITO ELECTRÓNICA B. sin excepción

OSDE: CUIT: 30-54674125-3, Condición IVA Responsable Inscripto.

Domicilio: AV. Alem Leandro N° 1067 Piso 9.

Todas Las facturas deben ser Facturas **A, C, M** o Recibo **A, C, M**.

F. CRÉDITO ELECTRÓNICA A, C. sin excepción

OSOCNA: CUIT: 30-67787023-7, Condición IVA Responsable Inscripto.

Condición de Venta: Contado. Razón Social: OBRA SOCIAL DE COMISARIOS NAVALES. Domicilio: Estados Unidos 867, CABA.

Todas Las facturas deben ser Facturas **A, C, M** o Recibo **A, C, M**.

F. CRÉDITO ELECTRÓNICA A, C. sin excepción

OSPAÑA: CUIT: 30-71012269-1, Condición IVA Exento.

Domicilio: Venezuela 1146, CABA.

Todas Las facturas deben ser Facturas **B**, o Recibo **B**.

F. CRÉDITO ELECTRÓNICA B. sin excepción



INFORMACIÓN SOBRE FACTURACIÓN

ATENCIÓN:

Estimados/as prestadores

37

- Todo prestador deberá cargar su factura junto a la Planilla de Asistencia (se adjunta modelo), del 01 al 10 de cada mes, a través de nuestra página web www.osdepym.com.ar.
- Con su usuario, puede cargarlas ingresando en este link [INGRESE AQUÍ](#).
<http://www.osdepym.com.ar/cas/login?service=http://www.osdepym.com.ar/facturas-web/shiro-cas&main=/discapacidad/precargaFacturas.action&customViewParam=precargaFacturasPrestador>
- Si se encuentra ya registrado, debe ingresar con su usuario (CUIT) y contraseña (los últimos cuatro dígitos del cuit).
- Si por algún motivo no puede loguearse, no se encuentra de Alta en la OOSS o se registró con otro correo electrónico, debe enviar un correo a prestadoresdiscapacidad@osdepym.com.ar y esperar respuesta.
- Si cambió la contraseña y no lo recuerda, deberá resetear la clave ingresando en este [LINK](#) <http://www.osdepym.com.ar/facturas-web/discapacidad/forget.action>
- Cabe aclarar que no se reciben facturas por correo electrónico.
- Aquellas facturas cargadas fuera del plazo de Mecanismo de Integración serán anuladas, por estar vencidas y la SSSALUD no las abona.
- No se procesarán facturas manuales cuyo CAI no tenga la validación on line de la página de AFIP. Asimismo, las facturas manuales sin CAI, deberán tener adjunta la constancia del régimen informativo de comprobante en existencia.
- Los recibos de pagos deben especificar las retenciones efectuadas, débitos o créditos y tipo de pago (si es cheque número y banco).
- Los recibos X, deben enviarse a: recibos@osdepym.com.ar
- En caso de realizar enmiendas, deben ser salvadas de forma legible, firmada y sellada.

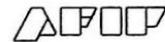
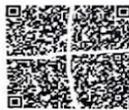


Ejemplo de Factura

ORIGINAL							
C COD. 011				FACTURA			
				Punto de Venta: 00002		Comp. Nro: 0000	
Razón Social: XXXX				Fecha de Emisión: 06/09/2021			
Domicilio Comercial: XXXX				CUIT: XXXX			
Condición frente al IVA: Responsable Monotributo				Ingresos Brutos: XXXX			
Período Facturado Desde: 01/08/2021				Hasta: 31/08/2021		Fecha de Vto. para el pago: 07/09/2021	
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento				Apellido y Nombre / Razón Social: XXXXXXXXXXXXX			
Condición de venta: Otra				Domicilio: XXXX			

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	Honorarios profesionales correspondientes a la prestación Kinesiología para discapacidad a la paciente en el mes de Agosto 2021.	12,00	unidades	XXXX	0,00	0,00	XXXX

Subtotal: \$	XXXX
Importe Otros Tributos: \$	0,00
Importe Total: \$	XXXX



Comprobante Autorizado

Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación

Pág. 1/1

CAE N°:

Fecha de Vto. de CAE: 16/09/2021

MANUAL DE USUARIO PLATAFORMA DE PRESTADORES DE DISCAPACIDAD

CARGA DE FACTURAS PLATAFORMA WEB

1 INGRESO AL PORTAL

42



- Ingresar al sitio www.osdepym.com.ar
- Desplegar el menú "Prestadores"
- Hacer clic en la opción Discapacidad para acceder a la pantalla de inicio de sección (login):

2 LOGIN

El usuario es el CUIT/CUIL del prestador y la contraseña es la provista por OSDEPYM, aunque luego puede ser cambiada desde la opción "Datos Varios".

USUARIO: CUIT sin guiones **Clave:** últimos 4 dígitos del CUIT (si aún no la ha cambiado) **IMPORTANTE:** Si usted ya posee usuario de factura electrónica, debe usar los datos de ese mismo sistema. Ambos sistemas comparten los datos de clave y correo.



Por favor ingrese sus datos

Ingreso al sistema

Usuario

Contraseña [Olvide su clave / Quiero registrarme](#)



Desarrollado por: TPA - Buenos Aires - Argentina - Tel: (011) 5208-5600

2 PANTALLA PRINCIPAL DE FACTURAS

En la pantalla principal, solapa “Facturas”, se muestran las facturas previamente cargadas ordenadas de manera descendente.



Fecha Desde Fecha Hasta

DNI Número

Letra	Numero	Fecha	Otro Social	DNI Afiliado	Aporte	Periodo	Importe	Estado	LI Liquidacion
A	0861-0860204	29/04/2015	01-030CPM	88.874.857	NO	2015-02	5.48.752,25	Pendiente	S
A	0861-0860203	17/04/2015	01-030CPM	88.874.857	NO	2015-01	5.6.426,19	Pendiente	S



Para cada una se visualiza:

- Letra
- Número
- Fecha de Emisión
- Obra Social
- DNI Afiliado
- Período
- Si es un Ajuste
- Importe Total
- Estado
- Número de Liquidación

Los estados posibles son:

- **Pendiente:** Aquellas que pueden ser modificadas
- **Aprobada:** Aprobada por la obra social
- **Retenida:** Retenida por la obra social
- **Anulada:** Anulada por el prestador

3 - BÚSQUEDA DE FACTURAS

Se pueden consultar las facturas que ya fueron cargadas utilizando los filtros de:

- Rango de fechas
- DNI
- Número de comprobante

La siguiente pantalla muestra un ejemplo de búsqueda por DNI.

Solo se filtra por aquellos campos que contienen un valor:

Letra	Numero	Fecha	Obra Social	DNI Afiliado	Ajuste	Periodo	Importe	Estado	ID Liquidacion
A	0001-0002684	29/04/2015	01 OSDEPYM	93.874.897	NO	2015-02	\$ 48.752,26	Pendiente	0
A	0001-0002523	17/04/2015	01 OSDEPYM	93.874.857	NO	2015-01	\$ 5.426,25	Pendiente	0



4 - INGRESO DE NUEVA FACTURA

Ingresar a la solapa “Facturas”

Presionar en la opción “Nueva factura”

Ingresar los datos de la factura

a. Obra Social: OSDEPYM - OSTVLA

b. Letra del comprobante

c. Número completo del comprobante (13 Dígitos) Ejemplo: 0000100001234

d. Fecha de Emisión

e. Fecha de Vencimiento

f. Total Facturado

g. DNI del paciente

h. Período Facturado

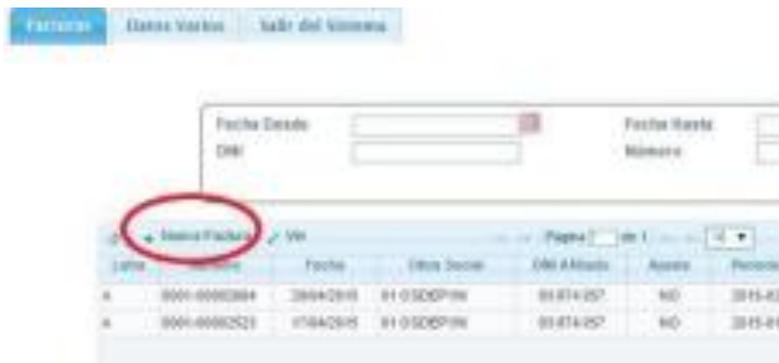
i. Ajuste **SÍ / NO** (ver facturas de ajuste)

j. **Seleccionar** los archivos obligatorios (*F: Factura y D: Documentación respaldatoria*)

Adjuntar

h. **Subir** los archivos

J. Presionar el botón **Confirmar** para finalizar carga



Obra Social:	01 OSDEPYM	D.N.I. Paciente:		Total Facturado:	\$ 0.00
Tipo:	Factura de Crédito Electrónica MIPyMEs (FCE) A	Nombre Paciente:			
Pto de venta + Nro de factura:		Periodo:	2022/12		
Fecha emisión:	14/09/2022	Ajuste:	NO		
Tipo Emisión:	Electrónica	Estatus:	Pendiente		
Fecha venc. CAE/CAI:		CAE/CAI:			

⚠ Recuerde que uno de los archivos debe ser de tipo "Factura"

[D]_planilla de asistencia.pdf	58.2kB
[F]_140000046-FAC-B0004-00001...	73.2kB

En cumplimiento de la Res. 1415 AFIP y normativa de la Superintendencia de Servicios de Salud, a partir de la fecha no se aceptarán facturas y recibos que no identifiquen claramente a la Obra Social con su número de CUIT.
En todos los casos debe estar identificado el afiliado, prestación y período.
Los recibos de pago deben especificar las retenciones efectuadas, débitos o créditos y tipo de pago (si es cheque número y banco).
Toda enmienda debe ser salvada.
La facturación por servicios debe efectuarse el día que concluya la prestación o último día de cada mes calendario en caso de servicios continuos.
El plazo de entrega a la Obra Social es de diez días corridos contados desde la fecha de emisión.

Datos de la Obra Social

Al seleccionar la obra social, el sistema muestra los datos de la misma:

- CUIT
- Domicilio
- Condición de IVA



Estos datos deben coincidir con la factura del prestador, de lo contrario la misma será luego retenida por tener un dato incorrecto.

Facturas de ajuste

Tener en cuenta que el sistema no permite ingresar para un mismo paciente y mismo período dos facturas, salvo que para la segunda se indique la opción de ajuste en "SI".



Otra Social:	01 OSDEPYM	D.N.I. Paciente:	95874057
Letra:	A	Período:	2013,00
Número:	000100002521	Ajuste:	NO
Fecha emisión:	17/04/2013	Estado:	Pendiente
Fecha vencimiento:	05/05/2013		

Estado del afiliado

Si el afiliado se encuentra **suspendido** por falta de pago o cuestiones afiliatorias, el sistema lo muestra de la siguiente manera.

Favor de contactarse con el área comercial de los sectores correspondientes, con la tutoría del afiliado/titular, a fin de regularizar la situación afiliatoria.

pagomonotributo@osdepym.com.ar; comercial@osdepym.com.ar

Cuit N°:	30-5858171-6	D.N.I. Paciente:	95874057
Otra Social:	01 OSDEPYM	Período:	2013,00
Letra:	A	Ajuste:	NO
Número:	000100002521	Estado:	Pendiente
Fecha emisión:	17/04/2013	Estado Afiliado:	Suspendido
Fecha vencimiento:	05/05/2013		

Visualización, modificación o anulación de una factura existente

Para visualizar los datos de una factura, ya sea para cambiar un valor que estaba mal cargado, para anular una factura mal cargada o para ver porque fue retenida, se debe seleccionar la factura de la grilla y luego presionar en el botón "Ver".

Para modificar o anular comprobantes, los mismos deben estar en estado pendiente.

De lo contrario, deberá realizar una nueva carga ya que la misma no será editable. Ej. Olvidó subir planilla asistencia, deberá realizar nueva carga.



Fecha Desde: Fecha Hasta:
DNI: Número: Ver

Letra	Número	Fecha	Obra Social	DNI Afiliado	Ajuste	Periodo	Importe	Estado	ID Liquidación
A	0001-00002684	29/04/2015	01 OSDEPYM	93.874.057	NO	2015-02	3.48.752,26	Pendiente	0
A	0001-00002523	17/04/2015	01 OSDEPYM	93.874.057	NO	2015-01	5.5.436,25	Pendiente	0

Facturas pendientes

Al visualizar una factura pendiente, las opciones posibles son:

- Modificar los datos y confirmar
- Anularla

Factura

CURT N°: 33-58955171-6
Domicilio: Reconquista 458 2° piso - CABA - Cond. NA: Responsable Inscripto

Obra Social: 01 OSDEPYM
Letra: A
Número: 000100002523
Fecha emisión: 17/04/2015
Fecha vencimiento: 05/05/2015

DNI Paciente: 93874057
Periodo: 2015/01
Ajuste: NO
Estado: **Pendiente**

Total Facturado: 5.5426,25
Estado Afiliado: **Inscripto**

En cumplimiento de la l. 1415 AFIP y normativa de la Superintendencia de Servicios de Salud, a partir de la fecha no se aceptarán facturas y recibos que no identifiquen claramente a la Obra Social con su número de CURT.
En todos los casos debe estar identificado el afiliado, prestación y período.
Los recibos de pago deben especificar las retenciones efectuadas, débitos a crédito y tipo de pago (si es cheque sueldo y banco).
Toda emisión debe ser válida.
La facturación por servicios debe efectuarse el día que concluye la prestación o último día de cada mes calendario en caso de servicios continuos.
El plazo de entrega a la Obra Social es de diez días corridos contados desde la fecha de emisión.

Anular Confirmar Volver

Facturas Retenidas /Notificaciones emergentes prestadores

Para aquellas facturas que no fueron aprobadas por la obra social y que figuran como retenidas, se puede visualizar cuál es el problema de las mismas.

Además, hay una ventana de **Notificaciones** para corroborar cuando se retienen por motivos causales, las cuales pasados dicho período de carga vencido, no podrán ser procesadas, ya que fueron debidamente notificados de las mismas.



Factura

Cuit N°: 30-58666171-8
Domicilio: Reconquista 458 2° piso - CABA - Cond. IVA: Responsable Inscripto

Obra Social: 01 OSDEPYM	D.N.I. Paciente: 93874057	Total Facturado: 5.5426,25
Letra: A	Periodo: 2015/01	Estado Afiliado: Habilitado
Número: 0001-99992523	Estado: Retenida	Retenida por: El CUIT es incorrecto.
Fecha emisión: 17/04/15		
Fecha vencimiento: 05/05/15		

En cumplimiento de la Res. 1415 AFIP y normativa de la Superintendencia de Servicios de Salud, a partir de la fecha no se aceptarán facturas y recibos que no identifiquen claramente a la Obra Social con su número de CUIT.
En todos los casos debe estar identificado el afiliado, prestación y período.
Los recibos de pago deben especificar las retenciones efectuadas, débitos o créditos y tipo de pago (si es cheque número y banco).
Todo momento debe ser saluda.
La facturación por servicios debe efectuarse el día que concluya la prestación o último día de cada mes calendario en caso de servicios continuos.
El plazo de entrega a la Obra Social es de diez días corridos contados desde la fecha de emisión.

[Volver](#)

Facturas aprobadas

Las facturas aprobadas muestran el número de liquidación y no pueden ser modificadas.

Factura

Cuit N°: 30-58666171-8
Domicilio: Reconquista 458 2° piso - CABA - Cond. IVA: Responsable Inscripto

Obra Social: 01 OSDEPYM	D.N.I. Paciente: 93874057	Total Facturado: 3.48752,26
Letra: A	Periodo: 2015/02	Estado Afiliado: Habilitado
Número: 0001-00002804	Estado: Aprobada	N° Liquidación: 852243
Fecha emisión: 29/04/15		
Fecha vencimiento: 14/05/15		

En cumplimiento de la Res. 1415 AFIP y normativa de la Superintendencia de Servicios de Salud, a partir de la fecha no se aceptarán facturas y recibos que no identifiquen claramente a la Obra Social con su número de CUIT.
En todos los casos debe estar identificado el afiliado, prestación y período.
Los recibos de pago deben especificar las retenciones efectuadas, débitos o créditos y tipo de pago (si es cheque número y banco).
Todo momento debe ser saluda.
La facturación por servicios debe efectuarse el día que concluya la prestación o último día de cada mes calendario en caso de servicios continuos.
El plazo de entrega a la Obra Social es de diez días corridos contados desde la fecha de emisión.

[Volver](#)



6 CAMBIO DE CONTRASEÑA

Desde la opción de datos varios se puede cambiar la contraseña actual. Si cambió la contraseña y no la recuerda, deberá resetear la clave ingresando en este [LINK](#)

Facturas Datos Varios salir del Sistema

Contraseña actual

Contraseña nueva

Repita la contraseña nueva

Atrás Enviar

Reconquista 458, 2º piso - Buenos Aires - Argentina - Tel. (011) 5288-5600